
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR JEAN FRANÇOIS TRÉPANIÉ

L'ÉGOCENTRISME DE PENSÉE CHEZ LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET
DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

OCTOBRE 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

REMERCIEMENTS

L'auteur désire exprimer sa plus profonde reconnaissance à sa directrice, Diane Marcotte, Ph.D., pour sa confiance soutenue quant à la réalisation de ce mémoire, pour ses judicieuses recommandations ainsi que pour sa présence invariablement _
nourrissante et chaleureuse.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---------------------|-----------|
| RÉSUMÉ | 5 |
| ABSTRACT | 7 |
| INTRODUCTION | 8 |
| MÉTHODE | 15 |
| Sujets | 15 |
| Déroulement | 16 |
| Instruments | 16 |
| RÉSULTATS | 17 |
| DISCUSSION | 22 |
| RÉFÉRENCES | 26 |

RÉSUMÉ

Le thème de cette recherche découle à la fois de la théorie cognitive de la dépression de Beck et de la théorie piagétienne du développement intellectuel. Elle explore la relation qu'ont entre eux l'égoïsme de pensée adolescent (défini en termes d'*audience imaginaire*, de *fable personnelle* et de *conscience de soi*, selon Elkind (1967)), la dépression et les troubles du comportement. L'échantillon scolaire comporte 321 sujets et provient d'une école secondaire de la région de Trois-Rivières alors que l'échantillon clinique, composé de 35 adolescents masculins présentant des troubles de comportement, a été recruté en Centre Jeunesse. Tous les sujets se sont vus administrer le *Questionnaire de dépression de Beck* (QDB) ainsi qu'une version française abrégée du *Adolescent Egocentrism Sociocentrism Scale* d'Enright et al. (1979). Il ressort des premières analyses effectuées uniquement sur l'échantillon scolaire que les adolescents déprimés sont en moyenne plus égoïstes et utilisent davantage la *fable personnelle* que les adolescents non-déprimés. Après l'inclusion du groupe clinique, il ressort que les adolescents présentant des troubles du comportement sont en moyenne significativement plus déprimés et ont davantage recouru à la *fable personnelle* que les adolescents de la population générale. De plus, il apparaît que l'égoïsme et la *fable personnelle* tendent à diminuer avec l'âge chez les adolescents de la population générale alors qu'ils semblent demeurer stables chez les adolescents présentant des troubles du comportement. La *fable personnelle* s'est avérée prédictrice de l'appartenance au

groupe d'adolescents déprimés de même qu'au groupe d'adolescents présentant des troubles du comportement.

Abstract

The topic of this study was derived from two theories, that is, the Beck's cognitive model of depression and the piagetian theory of intellectual development. The relation between adolescent egocentrism and two disorders, depression and behavior problems, was explored. A first sample made up of 321 high school students and a second sample consisted of 35 boys, living in a center for juvenile offenders, completed the French version of the Beck Depression Inventory and the egocentrism subscale of the Adolescent Egocentrism Sociocentrism Scale (Enright and al., 1979). Results revealed that depressed adolescents were more egocentric and used more the personal fable than adolescents who are not depressed. The adolescents presenting behavioral problems described themselves as more depressed and also tended to use the personal fable more often than the adolescents from the control group. Finally, egocentrism and the personal fable did not decrease with age in the behavior problems group in contrast to the control group.

Plusieurs études se sont penchées sur le rôle du développement intellectuel et, plus spécifiquement, de l'égoцентриisme de pensée sur le développement de certains types de dysfonctionnement comme la dépression et les troubles du comportement.

Cependant, peu d'études ont examiné le rôle de l'égoцентриisme chez les adolescents présentant une concomitance de ces deux dysfonctionnements, ce en quoi cette recherche s'attarde plus particulièrement.

L'égoцентриisme, tel que défini par Elkind (1967,1978,1982), lui-même inspiré de la théorie piagétienne du développement intellectuel (Piaget, 1963), réfère à une incapacité de différenciation sujet-objet dans certaines zones d'interactions. Il revêt une manifestation unique à chacun des stades de développement cognitif, soit sensori-moteur, pré-opératoire, opératoire concret et opératoire formel. Une pleine actualisation des capacités cognitives reliées à ces différents stades n'est possible que lorsque l'égoцентриisme de pensée associé a été résolu. En somme, l'égoцентриisme serait le handicap engendré par les problèmes cognitifs reliés à l'émergence d'un nouveau système mental (Elkind, 1967).

Cette étude s'intéresse à l'égoцентриisme adolescent, c'est-à-dire celui du stade opératoire formel. La maîtrise du stade opératoire formel permet à l'individu de prendre ses constructions mentales pour des objets et de raisonner avec eux (Inhelder & Piaget, 1958). Toutefois, la difficulté reliée à l'émergence de ce nouveau système mental se reflète par une incapacité qu'a l'adolescent à différencier l'objet envers lequel la pensée des autres est dirigée de l'objet composant sa propre préoccupation. l'adolescent aura tendance à adopter trois schèmes de pensée: 1.

L'*audience imaginaire*, où il croit être le centre d'attention des autres; 2. la *fable personnelle*, où il adopte une croyance erronée en l'unicité de sa personne, de l'intensité des émotions qu'il peut ressentir ainsi qu'en une omnipotence et en une invulnérabilité (Lapsley, 1993); 3. la *conscience de soi* où le focus de sa pensée est dirigé de façon exagérée vers le Soi plutôt que vers les autres. Cette dernière composante est aujourd'hui abandonnée par Jahnke et Blanchard-Fields (1993) qui définissent la théorie d'Elkind en terme de dualité *audience imaginaire-fable personnelle*.

L'origine de l'apparition de l'égoцентриisme, telle que postulée dans la théorie piagétienne, semble néanmoins incertaine étant donné l'inconsistance des études qui ont cherché à la démontrer. En effet, Hudson et Gray (1986) ont bien rapporté que le niveau de *l'audience imaginaire* était plus élevé chez les adolescents en transition entre l'opérateur concret et l'opérateur formel que chez les autres adolescents, Toutefois, les recherches de Hudson et Gray (1984) et de Riley, Adams et Nielsen (1984) avaient déjà démontré auparavant un égoцентриisme plus élevé chez les adolescents du stade opératoire concret. De plus, d'autres études proposent qu'il n'existe aucun lien entre l'apparition de l'égoцентриisme et le stade opératoire formel (Goosens, 1984; Lapsley, Milstead, Quintana, Flannery & Buss, 1986; Lapsley, 1993; O'Connor & Nikolic, 1990). Lapsley (1993) parle donc aujourd'hui d'un processus basé sur l'individuation intrapsychique et interpersonnelle de l'adolescent comme principal déterminant de l'intensité de son égoцентриisme de pensée. Riley,

Adams et Nielsen (1984) parlent davantage d'un égocentrisme né de facteurs sociaux contextuels.

Il n'existe guère plus de consensus en ce qui a trait à l'atténuation progressive avec l'âge de l'égocentrisme de pensée adolescent. En effet, Elkind et Bowen (1979) ont rapporté une relation curvilinéaire, soit une augmentation de l'égocentrisme à partir de 12 ans pour atteindre un sommet à 14 ans pour redescendre à 15 ans. Pour leur part, Enright, Lapsley et Shukla (1979) ainsi que Enright, Shukla et Lapsley (1980), sur leur échelle mesurant *l'audience imaginaire*, ont noté une décroissance constante de 12 à 18 ans, tandis que Adams et Jones (1981) démontrent une augmentation linéaire croissante du score à *l'audience imaginaire* avec l'avancement de l'âge. Peterson (1982), quant à lui, n'a trouvé aucun effet significatif de l'âge sur le niveau d'égocentrisme. Enfin, Chandler (1973) a observé une diminution avec l'âge du niveau d'égocentrisme chez les adolescents de la population générale et une constance du niveau d'égocentrisme chez les adolescents délinquants. Ses résultats n'atteignent cependant pas le seuil de signification statistique.

Demeurant néanmoins un signe certain d'immaturité cognitive (Lapsley, 1993), l'égocentrisme pourrait contribuer, à l'adolescence, à l'étiologie de divers troubles (Elkind, 1985) en étant une source de distorsions cognitives (Elkind, 1982).

Les troubles du comportement et la dépression

Les troubles de la conduite représentent la cause la plus fréquente, chez les enfants, d'une admission en centre de traitement (Abikoff & Klein, 1992) et sont les plus prédictifs d'une délinquance éventuelle (Frick & al., 1993). Plusieurs systèmes ont

donc vu le jour pour classifier les personnes qui ont un comportement antisocial (ex: A.P.A., 1987, Jesness & Haapanen, 1982). Aujourd'hui, deux consensus sont nés des problèmes engendrés par les subtilités propres à chaque système de classification (Eme & Kavanaugh, 1995). Le premier consensus apparent est que plusieurs recherches, étudiant le comportement antisocial, ont classifié tous les comportements antisociaux, les comportements délinquants et les troubles de la conduite comme représentant un seul et même problème (Lytton, 1990). Le second consensus s'articule autour de la taxonomie de Moffitt (1993) qui ajoute une dimension en créant deux catégories de personnes présentant un comportement antisocial, soit le *comportement antisocial limité à l'adolescence* ainsi que le *comportement antisocial persistant* (life-course persistent). Dans la population générale, les adolescents représentent jusqu'à 60% de la prévalence des troubles du comportement antisocial, avec un sommet vers l'âge de 17 ans (Moffitt, 1993). Il faut cependant préciser que 50 % des infractions répertoriées est attribué aux 5 à 6% que représenteront les personnes au comportement antisocial persistant (Farrington & al., 1986, cité par Moffitt, 1993).

Quant à la dépression, 20 à 35% des adolescents et 25 à 40% des adolescentes présentent une humeur dépressive, tandis que le symptôme dépressif d'intensité clinique est présent chez 4 à 12% de cette même population (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler & Grant, 1993; Reynolds, 1985). Les symptômes dépressifs augmentent de l'enfance à l'adolescence, avec un sommet vers l'âge de 17 ans pour se stabiliser à un niveau plus bas à l'âge adulte (Rutter, 1986; Marcotte,

1996). Plusieurs modèles ont vu le jour pour expliquer la dépression chez les adolescents, et cela depuis maintenant 30 ans (Speier, Sherak, Hirsch & Cantwell, 1995; Chiles, Miller & Cox, 1980). Il est maintenant reconnu que la dépression peut être diagnostiquée avec les mêmes critères de base que ceux utilisés chez les adultes, critères spécifiés dans le DSM-IV. Cette conception de la dépression chez l'adolescent remplace le concept de dépression masquée selon lequel la dépression prenait une forme différente de celle des adultes. Cette optique comportait le risque de réduire toute forme de psychopathologie en un trouble dépressif.

La prévalence accrue à l'adolescence, tant des troubles de la conduite que des troubles dépressifs (Cohen & al., 1993), associée à la désuétude du concept de dépression masquée, font ressortir l'importance de l'étude de cette concomitance particulière à cette étape du développement (Barrera, Garrison-Jones, 1992). En effet, plusieurs chercheurs rapportent des taux variant de 20 à 30% des adolescents qui avaient reçu un diagnostic de dépression avaient également reçu un diagnostic de trouble de la conduite (Chiles & al., 1980; Puig-Antich, 1982; Kovacs, Paulauskas, Gastonis & Richards, 1988). Kovacs et al. (1988) identifient trois perspectives marquant la conception de la concomitance entre dépression et trouble de conduite. La première, aujourd'hui réfutée, stipulait que les troubles de conduites ne pouvaient être diagnostiqués puisqu'ils faisaient partie intégrante du diagnostic de dépression masquée. La deuxième approche, née de l'étude de Rutter et al. (1981; cité dans Kovacs & al., 1988), proposait des «troubles multivariés» (mixed disorders) tandis que la troisième, présente dans les recherches récentes,

consiste à assigner plusieurs diagnostics non-hiérarchisés (Puig-Antich, 1982; Marriage, Fine, Moretti & Haley, 1986).

Pourtant, la signification nosologique reste toujours vague (Kovacs & al., 1988). En effet, alors que Rohde, Lewinsohn et Seely (1991) trouvent que les troubles de la conduite naissent avant les troubles dépressifs, Kovacs et al. (1988) rapportent que dans 25% des cas de leur étude, les troubles de la conduite sont apparus avant la dépression alors que dans 56% des cas, la dépression est apparue en premier. Or, d'un côté Puig-Antich (1982) affirme que la dépression et les troubles de conduites ne peuvent être deux entités complètement différentes puisque la rémission de l'un entraîne la rémission de l'autre, alors que d'un autre côté Marriage et al. (1986) affirment qu'ils sont distincts, les troubles de conduites étant précurseurs de conditions pouvant mener à une complication de la dépression chez les jeunes.

Égocentrisme, dépression et troubles du comportement

Plusieurs études se sont penchées sur l'implication des distorsions cognitives comme facteur précipitant la dépression (Beck, 1967; Garber, 1991) et les troubles du comportement (Larivée, 1977; Dodge & Newman, 1981; Dodge, 1993). Ces études ont montré des différences marquées, tant au niveau des biais que des déficits cognitifs, propres à chacun des deux types de dysfonctionnement. Néanmoins, un haut niveau d'égocentrisme peut représenter un biais important, tant au niveau des troubles de comportement que de la dépression. En effet, l'apparition de comportements déviants tels la délinquance, le crime, la consommation de

drogues peut, selon Arnett (1992), être associée à l'égoïsme. Si Elkind met davantage l'accent sur l'*audience imaginaire* dans ses recherches sur l'égoïsme de pensée adolescent, Arnett, de son côté, porte une attention plus soutenue sur la relation que peut avoir la *fable personnelle* avec l'apparition de comportements à risques. Cette capacité imaginative démesurée ferait en sorte, toujours selon Arnett, que l'adolescent en viendrait à se créer une vision idéale de sa propre vie où la conséquence de ses actes déviants a beaucoup moins de chances de s'avérer négative comparativement aux autres personnes. En somme, l'égoïsme adolescent entraîne une altération du système de balance des probabilités sur lequel l'adolescent s'appuie pour porter son jugement (Piaget & Inhelder, 1975).

Plusieurs études (Chandler & Greenspan, 1972; Feffer, 1970; Larivée, 1977) se sont penchées sur la relation possible entre le délai de l'acquisition des habiletés du stade opératoire formel et le développement de formes variées de déviation sociale. Ces études montrent qu'une variété de déviations sociales sont dues à une pensée égocentrique persistante. Les personnes démontrant un délai dans l'acquisition de ces développements ont montré, de façon systématique, une lecture incorrecte des attentes sociales, une mésinterprétation des actions et des intentions des autres et sont plus portés à agir dans l'irrespect des droits des autres (Chandler, 1973).

Toujours selon cet auteur, les délinquants ont démontré avoir un déficit marqué au niveau de leur habileté à différencier leur point de vue de celui des autres. Une étude cependant, celle de Lavery, Siegel, Cousins et Rubovits (1993) ne

supportent pas la notion que l'égoцентризм soit associé avec la propension de l'adolescent à adopter un comportement à risque.

D'autre part, Marcotte (1995) rapporte, dans une application du modèle cognitif de la dépression de Beck à la population adolescente, que les distorsions cognitives sont corrélées positivement à la présence de symptômes dépressifs. Également, Baron (1986, 1993) associe l'égoцентризм de pensée adolescent à un indice de vulnérabilité face à la dépression. Selon lui, un haut niveau d'égoцентризм entraînerait une probabilité accrue de développer un épisode dépressif.

Dans cette étude la première hypothèse propose que les adolescents déprimés sont en moyenne plus égoцентриques que les adolescents non-déprimés. La deuxième hypothèse stipule que les adolescents présentant des troubles du comportement sont en moyenne plus égoцентриques et plus déprimés que les adolescents de la population générale. Finalement, la troisième hypothèse spécifie que l'égoцентризм prédit l'appartenance au groupe d'adolescents dépressifs et au groupe d'adolescents présentant des troubles du comportement.

MÉTHODE

Sujets

L'échantillon total comprend 356 sujets. Un échantillon de 35 adolescents masculins présentant des troubles du comportement a été recruté dans les unités d'un Centre Jeunesse de la région Mauricie-Bois-Francs. Les données recueillies ont été pairées en fonction de l'âge (12 à 18 ans) et du sexe avec celles de

l'échantillon contrôle recruté dans une école secondaire de la région mauricienne et composé de 321 adolescents-es.

Déroulement.

L'administration collective du protocole d'évaluation, comprenant les trois instruments, eut lieu en salle de classe pour les étudiants de milieu scolaire et dans une salle de conférence du Centre Jeunesse pour les sujets présentant des troubles de comportement. Les professeurs ainsi que les éducateurs étaient présents afin d'assurer la discipline. La signature d'un formulaire de consentement était requise avant l'administration du protocole. L'anonymat des sujets et la confidentialité de leurs réponses ont ainsi été respectés. La durée moyenne d'une séance n'excédait pas 30 minutes.

Instruments.

Trois variables sont principalement à l'étude, soit la dépression, l'égoïsme et les troubles du comportement des sujets.

Le questionnaire de renseignements généraux regroupe les informations socio-démographiques servant à préciser l'âge, le sexe et le statut du sujet.

Le Questionnaire de dépression de Beck (QDB) (Beck, 1978; Bourque & Beaudette, 1982) fournit la mesure de la dépression. Le QDB est une mesure auto-évaluative comprenant 21 items qui permet d'évaluer l'intensité des symptômes affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression. Chaque item présente un symptôme à quatre niveaux d'intensité, gradué de 0 à 3, le score total variant de 0 à 63. Le QDB s'est révélé être une mesure adéquate et valide de la sévérité des

symptômes de la dépression chez les adolescents normaux (Teri, 1982; Barrera, Garrison-Jones, 1988) et cliniques (Strober, Green & Carlson, 1981). Selon ces derniers, un score de coupure de 16 est suggéré pour l'identification des sujets présentant les caractéristiques de la dépression clinique. Un coefficient de consistance interne de .87 ainsi que des corrélations coefficients item-total de .27 à .62 ont été obtenues. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne obtenu est de .89.

Le Adolescent Egocentrism Sociocentrism Scale (AES) (Enright & al., 1980; Baron & Marcotte, 1987) fournit la mesure de l'égoцентриisme. La mesure de sociocentrisme n'a pas été incluse dans le protocole afin d'écourter la durée de passation. L'AES est une mesure de type Likert (1: sans importance, 5: grande importance) où l'adolescent lit un énoncé et lui accorde un degré d'importance. L'AES contient 15 éléments portant sur l'égoцентриisme, soit 5 sur *l'audience imaginaire*, 5 sur la *fable personnelle* et 5 sur la *conscience de soi*. Le score peut donc varier de 15 à 75. Un indice de fidélité, établi au moyen du coefficient alpha de Cronbach, a été compilé pour l'échantillon total. Ce coefficient est de .83 pour la mesure d'égoцентриisme de la version originale de l'AES et de .82 pour la version française (Baron & Marcotte, 1987). Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne obtenu est de .80 sur l'échelle d'égoцентриisme.

RÉSULTATS

Étude 1. Égoцентриisme et dépression.

Cette première partie a pour but d'examiner la relation qu'entretiennent entre eux l'égoïsme et la dépression. L'échantillon scolaire, comportant 321 adolescents-es et divisé en deux groupes d'âge (12-15 et 16-18 ans), a été utilisé dans cette étude. Les moyennes et les écarts-types des sujets aux mesures d'égoïsme et de dépression sont présentés dans le Tableau 1.

Placer le Tableau 1 ici

Une analyse de variance bifactorielle (sexe X groupe d'âge) démontre une évolution différente de l'égoïsme et de la dépression selon l'âge et selon le sexe. En effet, on retrouve un effet significatif du sexe sur la mesure de dépression ($F(1,308)=10.04$; $p<0.01$), les filles se montrant en moyenne plus déprimées ($M=10.25$, $Et=8.32$) que les garçons ($M=8.37$, $Et=7.88$), $t(342.9)=2.16$, $p<0.05$. On retrouve également un effet du sexe sur la mesure d'égoïsme en général ($F(1,291)=4.41$; $p<0.05$), les filles se montrant plus égoïstes ($M=48.36$, $Et=7.9$) que les garçons ($M=46.12$, $Et=9.02$), $t(320.8)=2.41$, $p<0.05$. De plus, l'effet du sexe a été retrouvé pour les sous-échelles *fable personnelle* ($F(1,291)=17.96$; $p<0.001$) et *conscience de soi* ($F(1,291)=5.03$; $p<0.05$). Les filles privilégient davantage la *fable personnelle* ($M=15.65$, $Et=3.65$) que les garçons ($M=13.84$, $Et=3.97$), $t(324.37)=4.31$, $p<0.01$ et privilégient la

conscience de soi ($\underline{M}=18.45$, $Et=3.09$) plus souvent que les garçons ($\underline{M}=17.44$, $Et=3.55$), $t(327)=2.76$, $p<0.01$. Un effet significatif de l'âge a été retrouvé pour la sous-échelle *audience imaginaire* ($F(1,291)=5.83$; $p<0.05$). Les sujets du groupe 12-15 ans ($\underline{M}=14.90$, $Et=3.70$) utilisent davantage l'*audience imaginaire* que les sujets du groupe 16-18 ans ($\underline{M}=13.94$, $Et=3.32$), $t(268.4)=2.33$; $p<0.05$. Deux groupes ont par la suite été créés, soit les adolescents déprimés et les adolescents non-déprimés, tous deux de milieu scolaire, afin d'observer l'aspect différentiel de l'égoïsme en regard de la dépression chez les adolescents ne présentant pas de trouble de comportement. Les résultats montrent, à l'aide d'un test-t, que les adolescents déprimés sont en moyenne significativement plus égoïstes ($\underline{M}=50.8$, $Et=9.73$) que les adolescents de l'échantillon non-déprimé ($\underline{M}=46.8$, $Et=7.46$), $t(230)=3.15$, $p<0.01$. Ils utilisent également davantage la *fable personnelle* ($\underline{M}=16.86$, $Et=4.21$) que les adolescents non-déprimés ($\underline{M}=14.29$, $Et=7.46$), $t(69.9)=4.47$, $p<0.01$ (voir Figure 1).

Placer la Figure 1 ici

La dépression s'est trouvée corrélée significativement avec l'égoïsme en général ($r=0.16$; $p<0.01$), avec la *fable personnelle* ($r=0.22$; $p<0.001$) ainsi qu'avec la *conscience de soi* ($r=0.12$; $p<0.05$). Une analyse de régression multiple a été effectuée, utilisant la variable dichotomique Déprimés-Non-Déprimés comme

variable dépendante. La sous-échelle *fable personnelle* a été identifiée comme prédictrice de l'appartenance au groupe Déprimés ou Non-Déprimés ($F_{ch.}=19.99$, $p<0.01$, $R^2_{ch.}=0.08$).

Étude 2. Égocentrisme et troubles du comportement.

Cette deuxième partie vise à étudier la relation entre l'égocentrisme de pensée adolescent et les troubles du comportement. Les sujets de l'échantillon clinique, soit 35 adolescents masculins, ont été regroupés selon les mêmes groupes d'âge que dans la première étude. L'effet sexe ne sera pas examiné étant donné l'inaccessibilité d'un groupe clinique féminin. Le groupe contrôle a été recruté à même le groupe scolaire et a été païré en fonction de l'âge et du sexe au groupe clinique.

Une analyse de type test-t a été effectuée afin d'analyser les variations selon l'âge sur les variables dépression et l'égocentrisme dans les groupes clinique et contrôle. Une diminution significative de l'égocentrisme en général ($t=2.15$, $p<0.05$) ainsi que de la *fable personnelle* ($t=2.45$; $p<0.05$) a été observée, en fonction de l'âge, chez le groupe contrôle. Aucune variation de l'égocentrisme ou de la dépression n'a été observée, en fonction de l'âge, chez les sujets présentant des troubles du comportement. D'autre part, on dénote, à l'aide d'un test-t, une différence significative entre les deux groupes à l'étude au niveau de l'une des sous-échelles de l'égocentrisme, soit la *fable personnelle* (voir Figure 2.). En effet, les adolescents présentant des troubles du comportement ($M=14.57$, $Et=4.24$) ont

d'avantage recours à cette distorsion cognitive comparativement aux adolescents de la population générale ($M = 12.16$, $Et=4.43$), $t(65) = 2.28$, $p < 0.05$).

Egocentrisme et dépression en relation avec les troubles du comportement.

L'analyse des résultats montre également que les adolescents présentant des troubles du comportement sont significativement plus déprimés ($M = 13.63$, $Et=9.80$) que les adolescents de la population générale ($M = 8.76$, $Et=9.00$), $t(66) = 2.13$, $p < 0.05$ (voir Figure 2).

Placer la Figure 2 ici

Le facteur de concomitance entre les troubles du comportement et la dépression se révèle important puisque 53% de l'échantillon présentant des troubles du comportement montre des signes de dépression clinique. Une corrélation négative, est retrouvée entre la dépression et l'égocentrisme ($r=-0.37$; $p<0.05$) ainsi qu'entre la dépression et la conscience de soi ($r=-0.46$; $p<0.05$) chez les sujets présentant des troubles du comportement. Une analyse de régression multiple a été effectuée, utilisant la variable dichotomique Trouble de comportement-Groupe contrôle comme variable dépendante. De nouveau, la sous-échelle *fable personnelle* y a été identifiée comme prédictrice de l'appartenance au groupe de sujets présentant des troubles du comportement ($F_{ch.} = 5.20$, $p < 0.05$, $R^2_{ch.} = .07$). La dépression, pour sa part, vient ajouter 5% à l'explication de la variance ($F_{ch.} = 4.57$, $p < 0.01$,

R²ch.= .05). Ensuite vient la *conscience de soi* (F_{ch}.= 4.43, p< 0.01, R²ch.= .05).

DISCUSSION

Les résultats de la présente étude supportent partiellement les hypothèses selon lesquelles les adolescents déprimés sont plus égocentriques que les adolescents non-déprimés et que les adolescents présentant des troubles du comportement sont plus égocentriques et plus déprimés que les adolescents de la population générale. Cependant, la sous-échelle *fable personnelle* s'est trouvée à être la seule distorsion cognitive utilisée significativement plus fréquemment par les deux groupes cliniques (adolescents déprimés et adolescents présentant des troubles du comportement) en comparaison de leur groupe contrôle respectif. L'absence d'atténuation de la *fable personnelle* en fonction de l'âge chez les sujets présentant des troubles du comportement demeure un bon indice quant à l'explication du comportement antisocial persistant ainsi qu'un appui aux théories actuelles liant égocentrisme et immaturité cognitive (Lapsley, 1993). Toutefois, l'absence de déclinaison au niveau des autres sous-échelles de l'égocentrisme vient affaiblir l'association possible entre la disparition de l'égocentrisme et l'acquisition des habiletés liées aux stades du développement intellectuel.

La *fable personnelle* s'est montrée prédictrice de l'appartenance aux deux groupes cliniques. Ceci vient donc renforcer le théorie de Arnett (1993) qui stipule que la *fable personnelle*, en tant que distorsion cognitive, fausse la capacité de l'adolescent à jauger la balance des probabilités de ce qu'un comportement peut

avoir comme conséquences sur lui. Ainsi, se percevant non-soumis aux lois «normales» de la nature, l'adolescent présentant des troubles du comportement aura tendance à éviter de s'engager dans un processus d'évaluation de la réponse à donner à un stimulus, à sous-estimer les bienfaits d'un comportement non-déviant ou encore, à évaluer positivement un comportement à risque comme, par exemple, la sexualité sans contraception, la conduite en état d'ivresse, la consommation de drogues illicites et la délinquance (Dodge, 1993).

D'autre part, ayant la conviction d'une unicité au niveau de l'intensité des émotions qu'il peut ressentir, l'adolescent peut se sentir incompris, développant ainsi une solitude psychologique, et adopter des comportements de retrait, ceux-ci étant reconnus comme facteurs associés à la dépression (Garber, 1991). Sur cet aspect de la *fable personnelle*, les deux groupes cliniques de la présente étude se rejoignent.

Une similitude est donc présente quant à l'utilisation de la fable personnelle comme distorsion cognitive par les deux échantillons cliniques. Toutefois, il est possible de proposer que la nature de son utilisation varie selon le groupe. En effet, les adolescents déprimés pourraient privilégier l'aspect relatif à l'unicité des émotions ressenties tandis que les adolescents présentant des troubles du comportement pourraient privilégier l'aspect relatif à l'évaluation biaisée des conséquences de leur comportement. Les résultats obtenus dans la présente étude permettent également de supposer une différence au sein même de ce dernier groupe. En effet, comme la moitié des adolescents présentant des troubles du comportement présente également

un état dépressif en concomitance, il est possible de s'interroger à savoir si ce dernier sous-groupe ne favoriserait pas les deux composantes de la *fable personnelle*.

La présente étude ne permet pas de démontrer si l'altération engendrée par la *fable personnelle* s'accompagne de d'autres biais ou déficits cognitifs similaires ou distincts selon le type de dysfonctionnement de l'adolescent. Une démonstration significative de ceci, à l'aide d'un modèle apte à élargir davantage l'étude des distorsions cognitives, viendrait enrichir la compréhension de la concomitance de la dépression en regard des troubles du comportement. L'ajout du modèle des mécanismes socio-cognitifs de Dodge (1993) pourrait s'avérer pertinent à cet égard puisqu'il propose déjà un squelette de l'organisation cognitive des sujets déprimés et des sujets présentant des troubles du comportement. Il est cependant à noter qu'à ce jour, ses études se sont penchées sur une population infantile exclusivement. L'hypothèse selon laquelle les adolescents présentant des troubles du comportement sont plus déprimés que les adolescents de la population générale a été supportée. Les théories actuelles sur la concomitance des troubles de conduite en regard de la dépression (Kovacs et al., 1988) se trouvent donc renforcées par la présente étude. Les résultats de cette étude ne permettent pas cependant de clarifier la signification nosologique d'une telle concomitance à savoir si dépression et troubles du comportement forment une entité unique (Puig-Antich, 1982) ou si elles sont distinctes, l'une entraînant inévitablement l'autre (Marriage, 1986). Une étude longitudinale serait de mise afin d'identifier, à long terme, si la rémission de la

dépression entraîne la rémission des troubles du comportement ou vice-versa. Il serait aussi important de vérifier si la dépression est présente avant même que les sujets présentant des troubles du comportement entrent en centre d'accueil ou si elle en est la conséquence (Chiles & al., 1980). Il serait intéressant d'observer le phénomène avec un échantillonnage plus élargi, palliant ainsi à une des limites de cette étude, afin de pouvoir créer des groupes cibles plus spécifiques pour éclairer davantage la relation qu'entretient l'égoцентризм avec le facteur de concomitance des troubles du comportement et de la dépression. De plus, le résultat des analyses portant sur les sujets déprimés ayant significativement démontré une plus forte tendance à l'égoцентризм en général, à la *fable personnelle*, à la *conscience de soi* ainsi qu'à la dépression chez les sujets féminins par rapport aux sujets masculins, l'inclusion d'un échantillon féminin dans une recherche future permettrait d'explorer les aspects différentiels, tant de l'égoцентризм que de la dépression et des troubles du comportement, selon le genre.

RÉFÉRENCES

- Abikoff, H., & Klein, R.G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.
- Adams, G.R., et Jones, R.M. (1981). Imaginary audience behavior: A validation study. *Journal of Early Adolescence*, 1, 1-10.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Baron, P. (1986). Egocentrism and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 1(4), 431-437.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Montréal: Malouine, Edisem.
- Baron, P., Marcotte, D. (1987). Égocentrisme et symptômes dépressifs chez les adolescents. *Communication par affiche, 10e congrès annuel de la S.Q.R.P.*, Québec.
- Barrera, M.Jr., Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1), 1-16.
- Beck, A.T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.

- Bourque, P., et Beaudette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 14(3), 211-218.
- Chandler, M.J., et Greenspan, S. (1972). Ersatz egocentrism: A reply to H. Broke. *Developmental Psychology*, 7, 104-106.
- Chandler, M.J. (1973). Egocentrism and antisocial behavior: The assessment and training of social perspective-taking skills. *Developmental Psychology* 9, 326-332.
- Chiles, J.A., Miller, M.L., Cox, G.B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late adolescence - I. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 851-867.
- Dodge, K.A. (1993) Social-cognitive mechanism in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Dodge, K.A., Newman, J.P. (1981). Biased decision making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 375-379.
- Elkind, D., 1967. Egocentrism in adolescence. *Child Development* 38, 1025-1034.

- Elkind, D. (1978). Understanding the young adolescent. *Adolescence* 13, 126-134.
- Elkind, D. (1982). Piagetian psychology and the practice of child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 435-445.
- Elkind, D. (1985). Cognitive development and adolescent disabilities. *Journal of Adolescent Health and Care*, 6, 84-89.
- Elkind, D. & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology* 15(1), 38-44.
- Eme, R.F., Kavanaugh, L. (1995). Sex differences in conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* 24(4), 406-426.
- Enright, R.D., Lapsley, D.K. et Shukla, D.G. (1979). Adolescent egocentrism in early and late adolescence. *Adolescence* 14(56), 678-695.
- Enright, R.D., Shukla, D.G. & Lapsley, D.K. (1980). Adolescent egocentrism, sociocentrism and self consciousness. *Journal of Youth and Adolescence* 9(2), 101-116.
- Feffer, M.H., (1970). A developmental analysis of interpersonal behavior. *Psychological Review*, 77, 197-214.
- Frick, P., Lahey, B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M., Hart, E., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319- 340.

- Garber, J., Quiggle, N.L., Panak, W., Dodge, K.A. (1991). Aggression and depression in children: comorbidity, specificity, and cognitive processing. Cité dans Cicchetti, D., Toth, S., (1991). *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Internalizing and Externalizing Expressions of Dysfunction*. Vol.2. Hillsdale, NJ:Erlbaum.
- Goosens, L. (1984). Imaginary audience as a function of age, sex and formal operational thinking. *International Journal of Behavioral Development*. 7, 77-93.
- Gray, W.M. et Hudson, L.M. (1984). Formal operations and the imaginary audience. *Developmental Psychology* 20, 619-627.
- Hudson, L.M., et Gray, W.M. (1986). Formal operations, the imaginary audience and the personal fable. *Adolescence* 84, 751-765.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1958). *The Growth of Logical Thinking From Childhood to Adolescence: An Essay on the construction of Formal Operational Structures* (traduit par A. Parson et S. Milgran), Basic Books, New-York.
- Jahnke, H.C., Blanchard-Fields, F. (1993). A test of two models of adolescent egocentrism. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(3), 313-326.
- Jesness, C.F., & Haapanen, R.A. (1982). *Early identification of chronic offender*. Sacramento, CA: Department of Youth Authority.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gastonis, C., Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.

- Larivée, S. (1977). Le fonctionnement cognitif de l'adolescent délinquant.
Thèse de doctorat présentée à l'École des sciences sociales de Lausanne.
 Université de Lausanne. 506 p.
- Lavery, B. Siegel, A.W., Cousins, J.H. et Rubovits, D.S. (1993). Adolescent risk-taking: An analysis of problem behaviors in problems children. *Journal of Experimental Child Psychology* 55, 277-294.
- Lapsley, D.K. (1993). Toward an interated theory of adolescent ego development: The new look at adolescent egocentrism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 562-571.
- Lapsley, D.K., Milstead, M., Quintana, S., Flannery, D. et Buss, R.R. (1986). Adolescent egocentrism and formal operations: Tests of a theorical assumptions. *Developmental Psychology* 22, 800-807.
- Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boy's conduct disorders: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26, 683-697.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue Québécoise de Psychologie*, 16(3), 109-132.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence*, 31, 124, 935-954.

- Marriage, K., Fine, S., Moretti, M., Haley, G. (1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 687-691.
- Moffit, T., (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100, 4, 674-701.
- O'Connor, B.P., Nikolic, J. (1990). Identify development and formal operations as sources of adolescent egocentrism. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(2), 149-158.
- Peterson, C., 1982. The imaginary audience and age, cognition and dating. *Journal of Genetic Psychology* 140(2), 317-318.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2). 155-168.
- Piaget, 1963. *La naissance de l'intelligence*, 4^e éd., Paris, Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. et Inhelder, B. (1975). *The origin of the idea of chance in children*. New-York: Norton.
- Puig-Antich, J. (1982). Major Depression and conduct disorders in prepuberty. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 21, 118-128.
- Reynolds, W.M. (1985). Depression in children and adolescents: Phenomenology, evaluation and treatment. *School Psychology review*, 13, 171-182.

- Riley, T., Adams, G.R. et Nielsen, E. (1984). Adolescent egocentrism: The association among imaginary audience behavior, cognitive development, and parental support and rejection. *Journal of Youth and Adolescence* 13, 401-417.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology and depression: Issues and perspectives. Cité dans M. Rutter, C.E. Izard, & P.B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New-York: Guilford Press.
- Speier, Sherak, Hirsch et Cantwell (1995). Depression in children and adolescents. *Handbook of depression* (Beckman, E.E. et Leber, W.R.) 467-493.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 482-483.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.

Tableau 1

Scores Obtenus au QDB et à l'AES Selon Le Sexe et l'Âge Chez Les
Adolescents De Milieu Scolaire

| | Filles <u>M</u> (Et) | | | <u>M</u> | Garçons (Et) | | |
|---------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| Âge | 12-15 | 16-18 | total | 12-15 | 16-18 | total | |
| Dépression | 10.48 (8.40) | 10.09 (8.34) | 10.25 (8.32) | 6.41 (6.99) | 9.15 (7.72) | 8.37 (7.88) | |
| Égocentrisme | 48.53 (8.47) | 47.97 (6.83) | 48.36 (7.90) | 47.65 (8.68) | 44.25 (8.61) | 46.12 (9.02) | |
| Fable Personnelle | 15.70 (3.82) | 15.56 (3.43) | 15.65 (3.65) | 14.26 (3.78) | 13.05 (3.99) | 13.84 (3.97) | |
| Audience Imaginaire | 14.57 (3.52) | 13.66 (2.99) | 14.26 (3.38) | 15.36 (3.91) | 14.22 (3.62) | 14.84 (3.94) | |
| Conscience de Soi | 18.26 (3.18) | 18.75 (3.04) | 18.45 (3.09) | 18.02 (3.39) | 16.98 (3.47) | 17.44 (3.55) | |

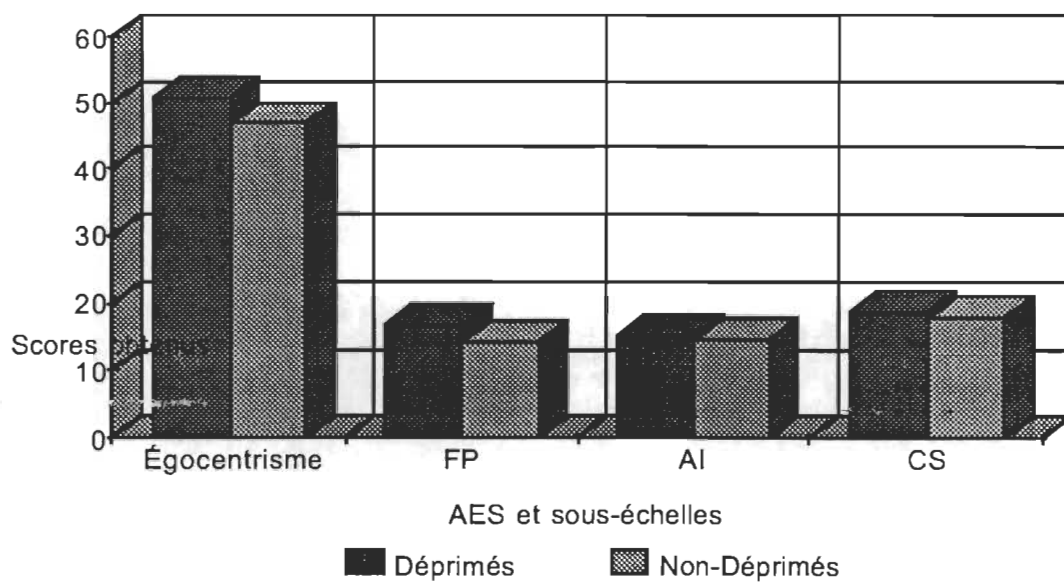


Figure 1. Scores obtenus à l'AES chez les adolescents déprimés et non-déprimés de milieu scolaire.

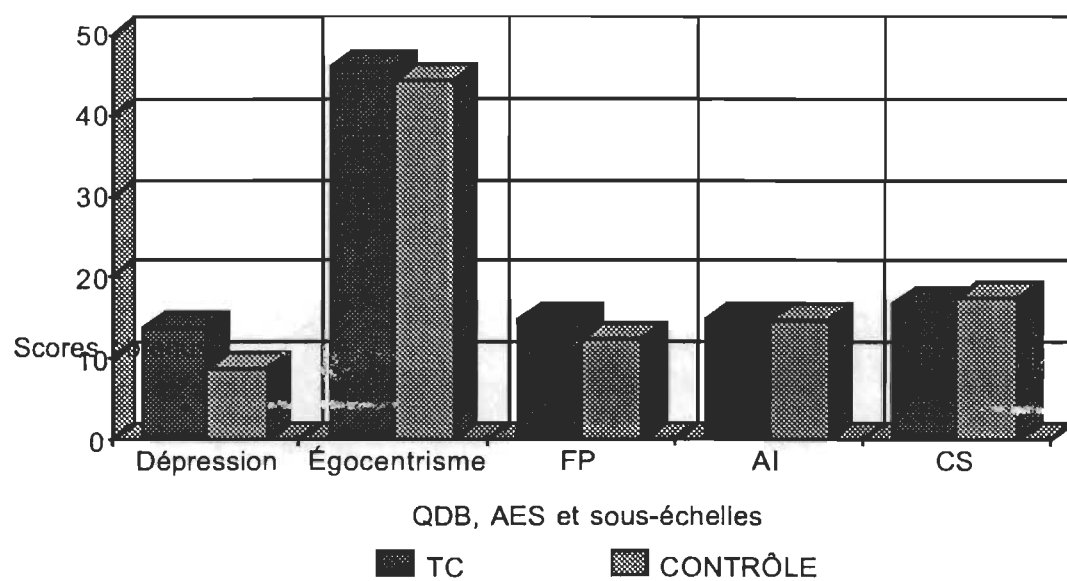


Figure 2. Scores obtenus au QDB et à l'AES chez les adolescents présentant des troubles de comportement (TC) vs les adolescents de la population générale (CONTRÔLE).